

DENUNCIA DE SINIESTRO

Anexo Lesiones



IMPORTANTE:

Conforme a lo dispuesto en la Ley de Seguros N° 17.418, el Asegurado deberá comunicar el acaecimiento del Siniestro dentro de las 72 horas de conocerlo. El asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del asegurador.

ASEGURADO:

Póliza N°: Compañía: Siniestro:

1. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido:

Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

Estado Civil: Fecha de Nacimiento:

Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero otro vehículo Peatón

Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:

Centro Asistencial:

Detalle de lesiones:

2. LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido:

Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

Estado Civil: Fecha de Nacimiento:

Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero otro vehículo Peatón

Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:

Centro Asistencial:

Detalle de lesiones:

TESTIGOS

Nombre y Apellido: Documento N°: Domicilio / Teléfono:

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro bajo juramento que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar:

En a los días del mes de de

Firma del asegurado Aclaración y DNI